

**Contribution à l'Etude
des Tumeurs Villeuses du Rectum et du Sigmoidé
(A propos de 13 Observations)**

THÈSE

Présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1962
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Michel ARBOGAST

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 29 Juin 1938

à ROCHEFORT-SUR-MER (Charente-Maritime)



LYON

Imprimerie R. GAUTHIER
35, Rue Viala

—
1962

Contribution à l'Étude
des Tumeurs Villeuses du Rectum
et du Sigmoidé

(A propos de 13 Observations)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'Etude des Tumeurs Villeuses du Rectum et du Sigmoidé (A propos de 13 Observations)

THÈSE

Présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1962
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Michel ARBOGAST

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 29 Juin 1938

à ROCHEFORT-SUR-MER (Charente-Maritime)



LYON
Imprimerie R. GAUTHIER
35, Rue Viala

1962

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire M. J. LEPINE - Doyen M. H. HERMANN
Membre de l'Institut Correspondant de l'Institut

Assesseurs..... MM. M. LEVRAT, L. REVOL

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT,
MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

PROFESSEURS

PhysiologieMM. HERMANN.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âgeMM. BERNHEIM.
Clinique urologiqueCIBERT.	Biologie médicale et pharmacodynamieJOURDAN.
Physique biologique, radiologie et physiothérapiePONTUS (dét. à Beyrouth).	Botanique et cryptogamieNETIEN.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.....DECHAUME.	Clinique chirurgicale CBERTRAND.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.....ROCHET.	Chimie analytique pharmaceutiqueBADINAND.
Clinique des maladies infectieuses.....JEUNE	Pharmacochimie et pharmacologieDREVON.
Chimie organique et toxicologie.....CHAMBON.	Médecine légale et dentologie..ROCHE.
Clinique chirurgicale BWERTHEIMER.	Parasitologie et pathologie exotiqueCOUDERT.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie socialeGONIN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologieMOUNIER-KUHN.
Clinique médicale BPAUPERT-RAVAULT	Clinique ophtalmologiquePAUFIQUE.
Clinique et prophylaxie cardiovasculaires.....FROMENT.	Clinique dermatologique et syphiligraphiqueTHIERS.
Clinique médicale CCROIZAT.	Clinique de pneumo-ptisiologie.....BRUN.
Chimie biologique et médicale..ENSELME.	Clinique traumatologique des membresCREYSSSEL J.
Clinique chirurgicale AMALLET-GUY.	CancérologieDARGENT.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile ..GUILLEMINET.	Anatomie pathologiqueGUICHARD.
Pharmacie galénique et matière médicale.....REVOL.	Pathologie générale et expérimentaleGIRARD P.
Clinique gynécologique.....POLLOSSON.	AnatomieLATARJET.
Clinique obstétricale.....PIGEAUD.	Pathologie chirurgicalePEYCELON.
Médecine du travailBOURRET.	ThérapeutiqueGIRARD M.
Clinique médicale.....LEVRAT.	Pathologie médicaleVACHON.
Hygiène et action sanitaire et sociale.....SOHIER.	Physio-pathologie des voies respiratoiresGALY.
Clinique stomatologique.....DUCLOS.	Histologie et embryologie.....KEHL.
Physiologie et Pathologie Obstétricales.....BANSSILLON	RadiologiePAPILLON.
PhysiologieCHATONNET.	BactériologieMONNET Paul
	Clinique des maladies endocrinologiques ..GUINET.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine MM. BERGER.
Technologie Pharmaceutique DORCHE.
Bactériologie BERTOYE A.
Physiologie CIER J.-F.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

ParasitologieMM. ROMAN.	Chimie organique et toxicologie.MM. PERROT.
Pharmacie chimique et pharmacologie.....CIER A.	

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MÉDECINE	Anatomie pathologiqueMM. TOMMASI Michel
Anatomie pathologiqueFRE ROLDI.	HygièneRIFFAT Georges
Chimie biologique et médicale..CREYSSSEL R.	Pathologie expérimentale.....JOUVET Michel
AnatomieDUROUX.	HématologieFAVRE-GILLY Jean
ThérapeutiqueBRETTE.	
Histologie et embryologie.....DUMONT L.	
HygièneTHIVOLET J.	
ParasitologieGARIN J.-P.	
PhysiqueMORET.	
AnatomieBOUCHET Alain	
	PHARMACIE
	Botanique et CryptogamieODDOUX.
	Chimie analytique.....MALLEIN René
	Chimie biologique.....GRAS Jean
	PhysiquePEYRIN Jean-Olivier

AGREGES EN EXERCICE

Médecine généraleMM. PONT.	DermatologieCOLOMB.
—VIGNON.	Médecine légaleCOLIN.
—REVOL Louis.	Médecine du Travail.....TOLOT.
—PLAUCHU.	Neurologie et PsychiatrieGUYOTAT.
Médecine générale.....TRAEGER.	—SCHOTT.
Chirurgie générale.....MARION Pierre.	ObstétriqueDUMONT Martial.
Chirurgie générale.....MICHAUD.	OphtalmologieBONAMOUR.
Chirurgie générale.....JAUBERT	UrologieDURAND Louis.
— de BEAUJEU.	Médecine généraleGARDE Alexandre
—SAUTOT.	—PERRIN André
—GUILLEMIN.	—LARBRE François
ObstétriqueBURTHIAULT.	—MORNEX Roné
Oto-rhino-laryngologieGIGNOUX.	—NORMAND Jean
PédiatrieFRANÇOIS.	Chirurgie générale.....MARET Gilbert
StomatologieFREIDEL.	—DESCOTES Jacques
Médecine générale.....DEVIC Michel.	Electro-RadiologieCHASSARD J.-L.
—DESPIERRES Ch.	Neuro-chirurgieALLEGRE Georges
Chirurgie générale.....de MOURGUES.	OphtalmologieHUGONNIER R.
—FRANCILLON.	OrthopédieFAYSSE Robert
—SAUBIER.	Oto-Rhino-LaryngologieGAILLARD Jean
	Pneumo-Phtisiologie.....KALB Jean-Claude

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : Professeur PEYCELON

Assesseurs: Professeurs Agrégés GUILLEMIN, SAUBIER, MARET

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MA FEMME ET A NOTRE FILS

A MES FRERES ET A MES SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

Notre beau-père nous a inspiré le sujet de cette thèse. Il est pour nous un guide merveilleux sur la voie que nous avons choisie.

Que ce soit pour nous l'occasion de lui témoigner toute notre affection et notre admiration.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE
DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PEYCELON

Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'hommage
de notre profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAUBIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARET

Nous les remercions de l'honneur
qu'ils nous font de juger notre thèse.

A MONSIEUR LE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL VITTORI

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chef des Services Chirurgicaux

de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes

Nous n'oublierons pas les nombreux mois passés dans votre service.

Votre dynamisme, ainsi que votre inlassable activité, toujours en éveil, resteront pour nous un exemple précieux.

Que ce modeste travail, que vous nous avez permis de mener à bien, soit un témoignage de notre profonde gratitude et de notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR THOMAS

Chirurgien de l'Hôpital de Riom

Il nous a toujours accueilli dans son service avec bienveillance.

Nous lui exprimons toute notre gratitude et nos sentiments respectueux.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BORON

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes

A NOS MAÎTRES

DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Monsieur le Professeur GERMAIN et Monsieur le Professeur agrégé VITTORI, ont bien voulu nous confier 13 observations de tumeurs villeuses, qui constituent la base de notre étude.

— 11 de localisation rectale dont 2 de la charnière recto-sigmoïdienne.

— 2 de localisation sigmoïdienne.

Qu'il nous soit permis de les remercier de leur confiance bienveillante et de les assurer de notre affection et de notre profond respect.

*
**

Les tumeurs villeuses des côlons, sont des tumeurs rares. A. LAMBLING en 1928, estimait dans sa thèse à 150 le nombre des observations publiées dans le monde. La magistrale description clinique qu'il en donna permit une plus grande connaissance de ces tumeurs et d'en poser plus souvent le diagnostic.

Malgré le travail récent que constitue la thèse de LOMBARD-PLATET (Lyon 1959), il nous a paru intéressant d'apporter notre contribution à l'étude de ces tumeurs dont l'évolution permet de les situer à la frontière toujours imprécise entre les tumeurs bénignes et malignes qui, compte tenu de l'âge du malade, de leur siège et de leur dégénérescence maligne toujours possible, ainsi que de la

fréquence de leur récidence, posent des problèmes d'ordre pronostic et thérapeutique parfois difficiles à résoudre, et qui font de chaque malade un cas bien particulier.

Après un bref rappel historique et une revue générale de l'anatomie pathologique, de la clinique et de l'évolution, nous essaierons, à la lumière des 13 observations que nous rapportons, de souligner quelle attitude logique et pratique peut être adoptée dans le traitement de ces tumeurs qui apportent à chaque fois :

— au chirurgien, la solution d'un problème toujours nouveau ;

— au malade, une guérison sinon définitive, du moins une survie prolongée.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

ROKITANSKY dans la première moitié du siècle dernier, parle le premier de « polype villeux », mais c'est à QUAIN en 1854 que l'on doit l'observation princeps de tumeur villeuse.

Jusqu'au début de ce siècle la question reste obscure, entretenue même par la confusion des termes employés pour les définir.

Actuellement, d'ailleurs, la multiplicité des termes persiste : Papillary adenomas, papillomatous polyps, vilous adenomas, polype villeux, étant indifféremment rencontrés, principalement chez les auteurs anglo-saxons, pour désigner ce qu'il est convenu d'appeler Tumeur Villeuse depuis les publications de HOLMES en 1858.

En 1894 QUENU et LANDEL, puis LANDEL et HARTMANN, donnent aux tumeurs villeuses une individualité anatomopathologique, avant que R. BENSAUDE et ses élèves ne leur donnent une individualité histologique à partir de 1920.

C'est en 1928 que la thèse de A. LAMBLING, inspirée par A. BENSAUDE, réalise la synthèse de la question. Outre la forme classique dont il fixe les caractères cliniques, il individualise la forme primitivement maligne sous le nom de tumeur villeuse dendritique d'emblée maligne et insiste le premier sur la fréquence de la dégénérescence maligne des tumeurs villeuses. S'inspirant de son étude, les travaux et publications de cette affection longtemps mal connue se multiplient.

En 1947, BAUMEL et HARTMANN reprennent et modifient la classification de LAMBLING, tandis qu'en 1948, les Américains SUNDERLAND et BINKLEY, réalisent une étude anatomo-pathologique très complète.

Parallèlement, les données thérapeutiques se codifient et l'on doit citer l'étude de D'ALLAINES, DUBOST et FOURNIER en 1949.

Depuis 1955, l'accent est mis sur le problème particulier des tumeurs villeuses hypersécrétantes, entraînant une déperdition électrolytique importante, avec retentissement sur l'état général, dont FITZGERALD publie la première observation, puis R. CARASSO et ses collaborateurs, la première observation française en 1960.

CHAPITRE III

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

L'Anatomie-pathologique des tumeurs villeuses revêt une importance toute particulière. De son étude ressort l'individualité anatomo-clinique des tumeurs villeuses dont elle affirme le caractère tantôt bénin, tantôt malin. Elément diagnostic, elle est également indispensable au clinicien, tant sur le plan pronostic que sur celui de l'indication thérapeutique.

I. — Etude macroscopique

LAMBLING décrit des tumeurs caractérisées par « un fin chevelu de villosités formant la surface, tantôt mobiles comme les franges d'une anémone de mer, tantôt agglutinées par un mucus visqueux ».

La variété de disposition de ces villosités permet de reconnaître :

1) *Des tumeurs sessiles :*

Les houppes de végétations villeuses constituent des plaques d'étendue variable, parfois des bandes obliques ou circulaires. Dans une de nos observations, la tumeur étendue sur la surface d'une grande paume de main, a nécessité une large résection (Obs. n° XIII).

Pour beaucoup, cette forme semble la plus fréquente. DELEPIERRE en rapporte dans sa thèse 16 observations sur 28 cas ; dans celle de LOMBARD-PLATET, on retrouve 16 fois sur 20 cette description.

13 observations ne nous permettent pas d'établir une large statistique ; toutefois, les tumeurs sessiles ne nous

semblent pas plus fréquentes, les ayant rencontrées chez 7 de nos malades.

2) *Des tumeurs pédiculées :*

Forme classiquement moins fréquente, de taille variable, le pédicule peut atteindre jusqu'à 5 ou 7 cms (COOKE). Pour SENEQUE et CHATELIN, il s'agit le plus souvent de tumeurs villeuses d'un type polypoïde classique; les auteurs américains SUNDERLAND et BINKLEY insistent, par contre, sur le fait que le pédicule est court et large, présentant également un épithélium de type vilieux. Court et non vilieux, tel nous est apparu le pédicule, les 6 fois où nous avons pu observer son existence.

Deux processus sont invoqués pour expliquer la formation du pédicule. Tous deux mécaniques : l'un, du fait du tiraillement exercé sur la base de la tumeur par son poids et le passage des fécès ; l'autre étant le fait du péristaltisme intestinal, la tumeur développée à partir des couches superficielles de l'intestin (à l'inverse de l'adénome issu des couches profondes) en subissant directement l'effet.

Ces deux mécanismes se complètent sans doute, le second plus rationnel, paraissant cependant dans l'esprit de SUNDERLAND et BINKLEY l'emporter sur le premier.

3) *Des tumeurs diffuses :*

Beaucoup plus rares que les précédentes, elles s'étendent plus ou moins, tant en hauteur qu'en largeur, réalisant au maximum ce que LAMBLING appelait « la maladie villeuse du rectum ».

A côté de ces 3 formes principales, on peut rencontrer des tumeurs multiples, c'est-à-dire qu'existent au voisinage de la tumeur principale un ou plusieurs îlots de villosités.

Cette notion est importante et connaît une incidence pratique.

Ces « tumeurs-filles » avec ce qu'a d'impropre ce terme, peuvent passer inaperçues à un examen rectoscopique même attentif et faire prendre quelques années plus

tard pour une récurrence, en cas d'exérèse limitée, ce qui n'est en fait que leur évolution propre.

L'aspect proliférant, de souple consistance, de couleur rosée, souvent masqué par un mucus blanchâtre, est rarement modifié par des processus d'inflammation ou de nécrose.

L'infection est, elle, exceptionnelle et serait favorisée par le prolapsus de la tumeur.

L'ulcération, LAMBLING en cite un exemple, est rarissime et doit faire suspecter la dégénérescence.

Le volume des tumeurs villeuses est très variable, allant de la taille d'un grain de mil, à celui d'une tête de fœtus à terme dont ALLINGHAM et MONDOR rapportent d'exceptionnels cas.

— les tumeurs pédiculées sont en moyenne de la taille d'une framboise. Dans l'une de nos observations, la tumeur atteignait la taille d'un poing.

— Les tumeurs sessiles, le plus souvent, sont assez volumineuses (Obs. n° XIII).

— Quant aux tumeurs diffuses, elles sont définies par leur extension. Celle-ci peut être majeure comme en témoigne une observation citée par LOMBARD-PLATET où la tumeur occupait toute la hauteur du rectum et le bas sigmoïde.

— *Le siège* de ces tumeurs est rectal dans la majorité des cas ; les parties moyennes et hautes de l'ampoule rectale sont principalement intéressées.

Si la fréquence de la localisation va en décroissant à mesure qu'on s'éloigne de la charnière recto-sigmoïdienne, on ne doit pas pour autant méconnaître la possibilité de localisations coliques hautes.

SENÈQUE et CHATELIN ont publié dans le « Journal de Chirurgie », en 1958, 21 observations de tumeurs villeuses situées entre la jonction recto-sigmoïdienne et le cœcum.

DELEPIERRE en réunit 3 cas dans sa thèse, LOMBARD-PLATET 3 également ; nous avons pu en observer 2 cas siégeant à 23 et 28 cm du sphincter.

II. — Etude microscopique

Elle permet de reconnaître :

1) *Les tumeurs vilieuses bénignes* :

L'élément fondamental est représenté par les villosités développées à partir des couches superficielles de l'intestin, leur ensemble constituant la néoformation, se continuant brusquement avec la muqueuse normale.

Sur un axe conjonctivo-vasculaire, repose un épithélium unistratifié à cellules caliciformes ou acidophiles, ces deux types de cellules qui existent parfois séparément, sont le plus souvent associés.

La muscularis mucosæ est classiquement intacte. Son intégrité est conservée, même à un stade avancé de dégénérescence.

Cependant, elle peut faire totalement défaut, ce qui permet d'individualiser les tumeurs vilieuses dendritiques d'emblée malignes. (Epithélioma vilieux de ROKITSANSKY). Cette forme bien particulière rentre cependant pour la majorité des auteurs dans le cadre des tumeurs vilieuses ; pour d'autres, A. DELEPIERRE de Lille, notamment, on doit les en exclure et les considérer comme des épithéliomas.

Une réaction adénomateuse, rare, se manifestant par la présence entre les villosités et la muscularis mucosæ, de glandes de structure intestinale, peut se rencontrer.

Sa constatation n'est qu'un élément contingent, sans valeur particulière.

2) *Les tumeurs vilieuses dégénérées* :

A l'architecture harmonieuse et facilement identifiable de la forme précédente, fait place une désorganisation progressive des villosités, celles-ci deviennent irrégulières.

Les éléments de dégénérescence naissent le plus souvent des cellules acidophiles mais restent longtemps discrets.

- Apparition de modifications nucléo-cellulaires ;
- Disparition de la fonction mucipare ;
- Mitoses anarchiques.

Ces transformations restent souvent localisées en îlots de dégénérescence qui pourront être absents des fragments obtenus par la biopsie et égarer le diagnostic.

L'évolution de cette transformation maligne est habituellement lente. LAMBLING tient pour responsable le fait que le siège initial de la dégénérescence étant le plus souvent dans le revêtement épithélial des villosités, la prolifération néoplasique tend à s'étendre vers la lumière intestinale, suivant ainsi l'orientation générale habituelle du processus villeux.

Ces faits ont une incidence pratique qu'il nous faut souligner dès à présent : l'insuffisance de la biopsie dans le diagnostic des formes dégénérées.

La muscularis mucosæ, longtemps intacte, finit par se rompre.

Il n'existe plus alors de barrière à l'invasion de la tumeur. Celle-ci évolue comme un cancer (de type adénocarcinome ou épithélioma colloïde), localement d'abord, puis s'étendant de proche en proche aux viscères voisins.

— Ce rappel succinct de l'anatomie pathologique des tumeurs villeuses permet de différencier :

- Les tumeurs villeuses sûrement ou probablement bénignes ;
- Les tumeurs villeuses suspectes ;
- Les tumeurs villeuses dégénérées ;
- L'épithélioma villeux méritant une place particulière.

Avant de conclure ce chapitre, il faut souligner que ce schéma quelque peu rigide ne tient pas compte de certaines formes de transition qui, pour rares qu'elles puissent être, ne doivent pas être méconnues.

C'est ainsi que A. BENSAUDE décrit la forme adénomato-villeuse et les polypes villeux qui correspondent sans doute à une forme de transition, mais dont le pronostic bénin dans la quasi totalité des cas, et le traitement sont différents de celui des tumeurs villeuses.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

1. — Etiologie

Les tumeurs villeuses sont d'une *relative rareté*. La majorité des auteurs s'accorde à reconnaître qu'elles représentent 2 % environ des tumeurs du rectum, 1,5 % seulement des tumeurs des côlons.

Elles sont l'apanage de l'âge adulte et de la vieillesse.

— Pour BENSAUDE, elles surviennent, dans 90 % des cas, après 40 ans.

— Pour LAMBLING, dans 85 % des cas, après 45 ans.

— Pour SUNDERLAND et BINKLEY, ainsi que MILLER et STEARNS, la moyenne d'âge est de 63 ans.

— LOMBARD-PLATET donne comme âge moyen 62 ans.

— Dans notre statistique, la moyenne d'âge est de 60 ans, les chiffres extrêmes étant de 42 et 80 ans.

Les autres tumeurs bénignes, l'adénome notamment, apparaissent chez des adultes beaucoup plus jeunes, ce qui a conduit LAMBLING à écrire que « la tumeur villeuse commence à peine à survenir lorsqu'est dépassé l'âge de l'adénome ».

Le sexe est indifférent, hommes et femmes étant atteints dans une égale proportion.

Enfin, aucun facteur héréditaire pas plus qu'une quelconque cause prédisposante ne peuvent être retenus.

II. — Symptômes cliniques

Que la localisation de la tumeur soit rectale ou sigmoïdienne, les signes cliniques demeurent longtemps discrets et n'attirent que tardivement l'attention du malade.

A. — Les tumeurs villeuses du rectum.

1) *Les écoulements muco-glaireux.*

Ils constituent classiquement le maître symptôme. LAMBLING les décrit comme « une sécrétion claire, transparente, un peu visqueuse, mélangée à des amas gélatiniformes glaireux, rappelant le blanc d'œuf crû ou une solution gommeuse ». Ils sont souvent discrets, mais passent rarement inaperçus. Chez deux de nos malades amibiens avérés, ils furent mis pendant longtemps sur le compte d'une colite amibienne, et ce n'est que l'exagération de cette exonération liquidienne dépourvue de matières fécales qui les amena à consulter.

L'abondance de ces écoulements peut être telle qu'elle oblige le malade à se garnir, leurs répétitions réalisant ce que LAMBLING définit comme une « pseudo-diarrhée ». L'observation n° x répond à cette définition. Ce symptôme doit être considéré comme pathognomonique et sa constance remarquable pour la majorité des auteurs.

Cependant, sur 11 cas de tumeurs rectales, nous ne l'avons rencontré que 4 fois. Ceci nous amène à nous rallier à l'opinion de SUNDERLAND et BINKLEY qui considèrent ce signe comme pathognomonique certes, mais émettent des réserves quant à sa fréquence ; celle-ci apparaissant comme relative dans notre statistique. Il ne semble pas, d'autre part, que l'on puisse considérer la seule présence d'écoulements mucoglaireux comme un signe de bénignité, les quatre fois que nous avons pu les observer, il s'agissait de tumeurs dégénérées.

2) *Les hémorragies.*

Elles sont très fréquentes, le plus souvent discrètes, évoquant un suintement hémorroïdaire, mélangées aux fécès, elles peuvent pendant longtemps ne pas inquiéter le malade ni altérer l'état général.

La répétition et l'augmentation en quantité de ces hémorragies seraient en faveur d'une dégénérescence de la tumeur.

Rarement, il s'agit d'une hémorragie de sang rouge, dont le caractère d'urgence nécessite l'hospitalisation et la mise en œuvre des différents moyens d'investigation. LAMBLING retrouve ces rectorragies dans 75 % des cas. Sur les 11 observations de tumeur villeuse du rectum que nous rapportons, *nous les avons notées chez 7 de nos malades, ce qui représente environ 54 % des cas.*

3) *La douleur.*

Elle est habituellement absente. L'interrogatoire permet tout au plus de noter des sensations de faux besoins, de pesanteur, d'envies non satisfaites.

On ne retrouve ni épreintes, ni ténésme ni brûlures anales.

4) *L'élimination des fragments de la tumeur.*

C'est une éventualité rare, qui lorsqu'elle existe, représente un excellent moyen de diagnostic, mais en aucun cas ne peut être un mode de guérison, l'expulsion de la tumeur n'étant jamais totale.

Nous l'avons observée chez un de nos malades chez qui elle constituait le seul signe de tumeur villeuse.

Cette observation était trop incomplète pour que nous puissions l'inclure dans notre statistique ; il nous paraît cependant intéressant de la citer, comme un exemple qui vient s'ajouter à ceux déjà rapportés par LAMBLING, BENSAUDE, ALLINGHAM et HAUSER, ainsi que A. MONOD.

Il s'agissait d'un homme de 70 ans, présentant un néoplasme gastrique propagé à la tête du pancréas à un stade avancé. L'examen histologique des fragments tumoraux spontanément éliminés, a montré qu'il s'agissait d'une tumeur villeuse dégénérée.

La rectoscopie, ni l'examen radiographique n'ont pu être pratiqués en raison de l'état grave du sujet qui mourut peu de temps après.

5) *Le prolapsus de la tumeur.*

Est un signe classique souvent décrit lorsqu'il s'agit de tumeurs basses. LOMBARD-PLATET évalue cette protrusion à 1 cas sur 5 environ.

La plupart de nos observations situées à la partie haute de l'ampoule rectale et de dimensions moyennes, ne nous ont pas permis de noter ce signe.

6) *L'état général.*

Est rarement altéré.

Son aggravation associée à celle des autres signes cliniques serait en faveur d'une dégénérescence.

Une discrète anémie, sous la dépendance des hémorragies, peut être notée. Ce fut le cas chez l'un de nos malades (Obs. n° III).

Un amaigrissement peut également se voir, le plus souvent peu important ; il était cependant supérieur à 10 kgs chez l'un de nos malades (Obs. n° XIII) porteur d'une tumeur dont l'histologie révéla la nature bénigne.

Au sujet de l'altération possible de l'état général, il nous faut mentionner le problème de découverte récente des tumeurs villeuses hypersécrétantes dont CARASSO publia la première observation française en 1960, dans les Archives des Maladies de l'appareil digestif.

La sécrétion de telles tumeurs peut atteindre 1.500 à 3.500 cc par jour d'un liquide riche en électrolytes.

Outre la déshydratation extrême et l'amaigrissement considérable, les auteurs tiennent pour responsable de l'état de subocclusion intestinale et des altérations électrocardiographiques observées, la déperdition potassique qu'ils évaluent à 80 mEq/24 heures.

L'existence d'un tel syndrome est exceptionnelle. Une dizaine d'observations tout au plus peut être retrouvée dans la littérature mondiale, anglo-saxonnes pour la plupart, depuis l'observation princeps de FITZGERALD en 1955. C'est dire la rareté d'une telle éventualité.

B. — Les tumeurs sigmoïdiennes.

Elles sont beaucoup plus rares que les tumeurs vilieuses du rectum, leur fréquence étant cependant supérieure à celle des autres localisations coliques.

— Leur symptomatologie serait, selon SENÈQUE et CHATELIN, faite :

- soit de troubles colitiques douloureux banaux ;
- soit de crises de subocclusions ;
- soit de complications mécaniques, à type de torsion invagination, prolapsus anal.

Nous rapportons deux observations de tumeurs sigmoïdiennes :

— Dans un cas, nous avons noté des écoulements muco-glaireux.

— Dans l'autre, une hémorragie.

Ces tumeurs siégeaient respectivement à 23 cm et à 28 cm du sphincter anal.

Dans le 1^{er} cas (Obs. n° XII), le malade présentait depuis deux ans des écoulements muco-glaireux, leurs répétitions et l'apparition de traînées hémorragiques l'amènèrent à consulter.

Dans le 2^e cas (Obs. n° XIII), le malade présentait depuis un an des phénomènes dyspeptiques à type de ballonnements post-prandiaux, suivis de vomissements tardifs,

non évocateurs d'une séméiologie digestive basse. Ce n'est que l'apparition soudaine d'une rectorragie de sang rouge, chez ce malade par ailleurs très amaigri et asthénique qui orienta les examens et permit le diagnostic.

En somme, si l'on excepte les écoulements muco-glai-reux signe pathognomonique mais inconstant, nous voyons que les signes cliniques occasionnés par les tumeurs vil-leuses tant rectales que sigmoïdiennes, sont en général mineurs, qu'ils constituent le cortège habituel de la plu-part des affections coliques, et ne sauraient avoir d'autre valeur que celle d'attirer l'attention du clinicien et de l'inciter à mettre en œuvre les différentes méthodes d'investigation que nous allons étudier maintenant.

III. — Les examens complémentaires

1) *Le toucher rectal.*

La majorité des tumeurs villeuses rectales siège entre 5 et 12 cms de l'anus. Elles sont donc accessibles à l'exploration digitale, mais il faut d'emblée souligner les difficultés de l'interprétation des masses perçues : « souples et dépressibles, elles fuient sous le doigt qui les cherche, leur consistance se confond avec celle de la muqueuse rectale et leur lobulation avec les replis de la paroi ».

Les tumeurs sessiles donnent un contact comparé par LOCKART MUMMERY à du « velours doux », à celui « d'une éponge mouillée ou de la vase » par COOKE.

Pour d'autres, c'est « une masse gélatineuse et glissante ».

— Les tumeurs pédiculées sont classiquement plus facilement identifiables, le doigt pouvant contourner le pédicule. La tumeur donnant une sensation plus élastique et plus ferme que dans la forme précédente.

— *L'imprécision de ces descriptions correspond à celle des données recueillies par le toucher rectal.* Premier temps de l'exploration du rectum, on ne peut en attendre

que le soupçon de masse tumorale, la souplesse des parois permettant d'en présager le caractère bénin.

2) *L'examen endoscopique.*

Il représente le temps capital du diagnostic des tumeurs villeuses siégeant au-delà de 10 cm.

— Il permet de poser véritablement le diagnostic de tumeur villeuse, d'apprécier sa forme sessile ou pédiculée, son siège exact.

— d'explorer le reste de l'ampoule rectale.

— Seul il permet de découvrir une tumeur villeuse sigmoïdienne.

— Enfin, il représente le premier temps de la biopsie.

C'est un examen délicat qu'il sera utile de pratiquer après insufflation d'une faible quantité d'air, pour tenter de mieux apprécier les caractères de la tumeur.

Celle-ci ne s'oppose nullement à la progression du rectoscope. Elle s'efface devant lui et s'écrase contre la muqueuse sans que ce traumatisme provoque plus qu'un fin piqueté hémorragique. La coloration rosée de la tumeur apparaît à peine, masquée qu'elle est par un amas glaireux qui agglutine les villosités entre elles.

3) *La biopsie.*

A ce stade, le diagnostic de tumeur villeuse est habituellement déjà posé.

Son but est alors de définir le caractère bénin ou malin de la néoformation découverte.

Le prélèvement doit comprendre, dans la mesure du possible, un fragment de la base et de muqueuse saine permettant d'apprécier les rapports de la tumeur avec la muscularis mucosæ. Rappelons que celle-ci, intacte dans les formes bénignes, est envahie dans les tumeurs dégénérées, absente dans l'épithélioma villeux.

Mais les espoirs mis dans cet examen sont très souvent déçus et nous allons voir les réserves qu'il faut faire quant à ses résultats.

L'étude histologique des tumeurs villeuses nous a permis de noter que les altérations cellulaires et les effractions profondes sont longtemps circonscrites.

Il n'est pas surprenant de ce fait que les prélèvements trop parcellaires et superficiels ne permettent pas de mettre en évidence les premiers îlots de dégénérescence.

FISHER et CASTRO rapportent à ce sujet 4 observations très significatives. Des biopsies répétées avaient toujours affirmé la bénignité de 4 tumeurs de caractères cliniques et macroscopiques bénins. Seules des coupes en série de la totalité des pièces opératoires ont montré que toutes contenaient des foyers néoplasiques *in situ*.

Dans nos observations, 8 fois, le diagnostic de tumeur villeuse bénigne fut porté sur le résultat de la biopsie, 4 fois seulement il fut confirmé. C'est dire les insuffisances de cet examen, un résultat négatif n'étant nullement, dans ce cas, un gage de certitude.

Pour y remédier, SENÈQUE et CHATELIN préconisent de s'aider de la biopsie ex-temporaneée. Cette méthode pas toujours réalisable, principalement pour des raisons de matériel et de personnel, est utilisée avec succès par ses auteurs. Elle leur permet d'obtenir un diagnostic de certitude immédiat et d'éviter de réintervenir pour une résection plus large dans un second temps, dans le cas où l'examen anatomo-pathologique de la pièce, serait en faveur d'une tumeur dégénérée.

4° *L'examen radiologique.*

N'a d'intérêt que pour les tumeurs dont le siège est à la limite ou inaccessible à l'examen endoscopique, ou lorsque la biopsie ne peut être pratiquée correctement. Seules les tumeurs siégeant au-delà de la charnière recto-sigmoïdienne, dont les tumeurs villeuses du sigmoïde qui

nous intéressent plus particulièrement, *sont donc justiciables de cet examen qui représente alors pratiquement le seul moyen de diagnostic.*

Nous n'insisterons pas sur les différentes techniques proposées par de nombreux auteurs, rappelons cependant que les clichés d'évacuation en série, après insufflation d'air sont les plus intéressants, la baryte retenue aux villosités dessinant mieux les contours de la tumeur.

L'interprétation des clichés est souvent délicate :

— S'il s'agit d'une tumeur dégénérée, l'image radiologique est celle d'un cancer et le diagnostic de tumeur villeuse ne sera fait que par l'examen histologique de la pièce opératoire.

— Beaucoup plus intéressantes sont les images données par les tumeurs bénignes, à condition qu'elles soient d'un volume suffisant. L'image est celle d'une lacune non homogène. La plupart des auteurs insiste sur ce signe qui apparaît comme fréquent bien que non caractéristique, les images données par des amœbomes nous ayant permis de noter un aspect semblable. Les clichés que nous avons pu recueillir confirment l'existence de ce manque d'homogénéité.

— Certains signes permettent de soupçonner la nature bénigne de ces tumeurs :

- absence de rigidité de la paroi,
 - absence de dilatation sus-jacente,
 - intégrité du liséré de sécurité.
-

CHAPITRE V

EVOLUTION - PRONOSTIC

Trois notions dominent l'évolution des tumeurs villeuses :

- la longueur de l'évolution,
- le risque de dégénérescence,
- la possibilité de récidives.

1. — La longue évolution

Non traitées, les tumeurs villeuses sont susceptibles d'évoluer à bas bruit pendant des années, sans autre manifestation que de petites pertes glaireuses ou de discrètes rectorragies, rattachées, même par le clinicien averti, à une cause hémorroïdaire ou une banale diarrhée.

Nous n'en voulons pour preuve que le temps écoulé entre le début des premières manifestations cliniques et la date de la première consultation.

Il peut être évalué dans notre statistique à 18 mois en moyenne, avec un cas extrême où l'une de nos malades a présenté de petites hémorragies rectales transitoires et spontanées pendant 5 ans avant de venir consulter. Encore est-ce là un délai court, si on le compare à celui de 50 mois donné par BACON, la moyenne obtenue par LOMBARD-PLATET étant intermédiaire et de 38 mois.

Parfois même cette évolution peut être muette et la découverte d'une tumeur villeuse due au hasard d'un examen systématique.

II. — Le risque de dégénérescence

« Les tumeurs villeuses ne sont certainement pas des cancers, mais des lésions à potentialité maligne incontestable ».

— C'est à LAMBLING que revient le mérite d'avoir le premier insisté sur la *fréquence de la dégénérescence maligne*.

Il l'évalue à 45 % des cas.

— *Sur les 13 observations que nous rapportons, 9 fois les tumeurs présentaient des signes de dégénérescence, ce qui représente un pourcentage de 69 %.*

— Ceci est un chiffre global et on peut considérer deux stades de cette évolution maligne.

1° *Les tumeurs en voie de dégénérescence.*

Ce sont des tumeurs encore bénignes par leurs aspects clinique, macroscopique et radiologique, mais qui présentent par endroits des îlots de dégénérescence respectant les couches profondes.

Ce stade, nous l'avons vu dans un chapitre précédent, n'est habituellement pas reconnu par l'examen des fragments obtenus par la biopsie et n'est découvert que par l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire dans sa totalité. C'est un stade difficile à saisir, le malade consultant tardivement, ce qui peut expliquer que nous n'ayons pu l'observer que chez un de nos malades (obs. n° VII).

2° *Les tumeurs franchement dégénérées.*

Elles représentent :

— 45 % des cas pour LAMBLING, SUNDERLAND et BINKLEY.

— 35 % pour DELEPIERRE.

— SENÈQUE et CHATELIN, 9 cas sur 21.

— Nous-mêmes pouvons citer 7 cas sur 13, ce qui représente 53,8 % de nos observations.

— Longtemps la dégénérescence reste localisée à la tumeur elle-même, bien que l'histologie permette de noter l'envahissement de la muscularis mucosae et de la musculieuse.

Là encore, les signes cliniques sont discrets, trompeurs n'évoquant que rarement la possibilité d'une dégénérescence maligne. Tous au plus, peut-on noter parfois des écoulements plus séro-hématiques que muqueux, au toucher rectal la sensation « d'une masse plus élastique dont certaines zones sont plus fermes et moins dépressibles », à la rectoscopie un aspect vilieux moins net et plus facilement hémorragique. Ce n'est qu'au stade ultime de cette évolution maligne qu'apparaîtront des signes cliniques majeurs qui sont alors ceux d'un cancer. Phénomènes de compression et d'envahissement, altération de l'état général, associés aux signes radiologiques et macroscopiques, ne laissant alors aucun doute sur leur nature maligne.

— Les cancers développées à partir des tumeurs vilieuses dégénérées sont rares cependant. DUKES et SWINTON évaluent à 10 % le nombre de cancers du rectum développés sur des tumeurs vilieuses.

— Pour BAUMEL et HARTMANN, ce chiffre atteindrait 15 à 20 %.

Cette notion conduit ces auteurs à conclure que de nombreuses tumeurs vilieuses ne sont connues qu'au stade de dégénérescence.

— LOMBARD-PLATET analysant ces chiffres dans sa thèse, ne manque pas d'être surpris et de les comparer aux 2 % que représentent les tumeurs vilieuses parmi les tumeurs coliques. Il pense que parmi la pluralité des aspects que revêtent les épithéliomas digestifs, on ne peut exclure la possibilité d'un aspect vilieux disséminé sans pour autant parler de tumeurs malignes d'origine vilieuse.

Nous pensons cependant que c'est là une notion intéressante. La banalité des signes cliniques des tumeurs villeuses est telle en général, leur évolution échelonnée sur de nombreuses années (CAIN et BENSAUDE rapportent une observation de tumeur villeuse qui ne dégénéra qu'au bout de 32 ans !), qu'il n'est pas impossible qu'on ne puisse, dans certains cas, les surprendre qu'au stade ultime de leur évolution et après transformation.

III. — Les récidives

On leur reconnaît trois étiologies possibles :

1° Le développement d'une tumeur villeuse méconnue lors de la première intervention ou apparue depuis.

2° La reviviscence de la maladie réalisant une véritable efflorescence villeuse.

Ce sont en fait de fausses récidives.

3° L'exérèse trop limitée de la tumeur initiale. La récidive est alors vraie, et se fait au niveau de la cicatrice d'intervention à partir d'éléments de la tumeur qui y sont restés inclus.

— Ces récidives vraies surviennent en général dans l'année qui suit l'intervention. A. BENSAUDE note cependant une récidive 11 ans après l'exérèse initiale.

— Elles sont habituellement de même type histologique que la tumeur primitive. Cependant les récidives bénignes évoluent beaucoup plus rapidement vers la dégénérescence maligne que la tumeur initiale, 2 à 3 ans en moyenne, parfois plus tôt.

BENSAUDE signale 6 cas de récidives bénignes, enlevées a minima, toutes ayant abouti à une nouvelle récidive, maligne cette fois-ci dans de brefs délais.

Sur 10 malades opérés, avec un recul moyen de 4 ans, nous avons pu observer 2 récidives..

— L'une vraie, opérée en 1958 (exérèse par les voies naturelles) d'une tumeur villeuse du rectum, M. B... (obs. n° V), présente en mars 1962 une récurrence au niveau de la cicatrice de la précédente intervention, s'accompagnant d'épreintes et d'émissions de glaires sanglantes. Une biopsie pratiquée révèle qu'il s'agit d'une tumeur villeuse bénigne.

— L'autre, qui rentre dans le cadre de la première étiologie que nous avons citée et qui doit être considérée de ce fait comme une fausse récurrence. La malade, Mme E... (obs. n° III) à qui on avait enlevé par voie basse une tumeur villeuse bénigne siégeant à 10 cm sur la face antérieure du rectum, a dû être opérée à nouveau 18 mois plus tard, d'une tumeur villeuse dégénérée du sigmoïde.

Cet exemple qu'on ne peut mettre au passif d'une méthode chirurgicale, doit être cité pour souligner l'importance de l'examen endoscopique qui doit être poussé aussi loin que possible aussi bien dans le temps du diagnostic que dans celui de la surveillance post-opératoire.

Celle-ci doit être poursuivie régulièrement pendant plusieurs années, n'ayant d'autre but que celui de dépister une récurrence vraie ou de révéler l'existence d'une tumeur villeuse ayant échappé aux premières investigations.

En conclusion :

- Lenteur d'évolution.
- Risque de dégénérescence.
- Possibilité de récurrence.

Sont les caractéristiques essentielles des tumeurs villeuses et dominant leur pronostic.

Il doit être réservé :

— Si la tumeur villeuse porte en elle un potentiel d'évolution maligne incontestable, celui-ci peut ne pas se révéler et la tumeur demeurer bénigne tout au long de son évolution.

— Devenue maligne, l'évolution peut encore rester stationnaire, longtemps localisée en un point, parfois le demeurer, rien ne permettant de prévoir à quel moment se produira l'extension du processus malin.

— Celle-ci survenue, le pronostic sera cependant meilleur que celui des autres tumeurs malignes, étant donné, écrit LAMBLING, "la limitation des lésions et la rareté des propagations ganglionnaires ou métastatiques."

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Qu'il s'agisse d'une tumeur villeuse bénigne du rectum, ou d'une tumeur villeuse dont seul l'examen histologique peut révéler l'évolution maligne les signes cliniques ne permettent pas de poser le diagnostic.

Les symptômes sont le fait de nombreux syndromes digestifs, seuls les écoulements muco-glaireux ont, lorsqu'ils existent, une haute valeur et permettent de suspecter une tumeur villeuse.

Aussi, le diagnostic repose-t-il sur les examens complémentaires :

- Le toucher rectal, encore que les renseignements qu'il fournit soient imprécis.
- L'examen endoscopique, complété par la biopsie, permet de localiser le siège, de préciser le caractère unique ou multiple de la tumeur, son aspect macroscopique.

Cet examen permet d'envisager le diagnostic différentiel entre tumeur villeuse et les autres formations tumorales.

Fibrome, lipome, kystes dermoïdes, lymphadénomes amœbomes, tumeurs d'étiologie tuberculeuse, sont des diagnostics d'exception et seront éliminés, compte tenu de l'examen local et du contexte clinique.

En fait, le problème se résume à éliminer :

1° *Le cancer.*

On y pense toujours mais les signes cliniques, les renseignements recueillis par le toucher rectal, tumeur

dure, muqueuse indurée adhérente aux plans profonds, hémorragique au contact du rectoscope, enfin la biopsie, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature cancéreuse.

2° *Le polype.*

Des tumeurs bénignes du rectum c'est la plus fréquente. Mais l'âge, les signes cliniques dont l'extériorisation très fréquemment rencontrée, l'examen tant par le toucher rectal que la rectoscopie qui révèle une ou plusieurs petites tumeurs de la taille d'une groseille, de consistance ferme, à la surface régulière et lisse, implantées par un pédicule long et fin, permettent de l'éliminer aisément.

— Le diagnostic de tumeur villeuse du sigmoïde repose principalement sur l'examen radiologique, les signes cliniques étant communs à toutes les tumeurs coliques, radiographique et rectosigmoidoscopie permettent d'éliminer une tumeur maligne du côlon sigmoïde.

Seul reste pratiquement à éliminer le polype. L'image radiologique est celle d'une tache claire, arrondie, parfois polylobée, du volume d'une noix en moyenne. Cette image est susceptible de changer de siège d'un cliché à l'autre du fait de l'existence d'un long pédicule qui apparaît comme une bande claire étroite, dont le point d'implantation est parfois décelable.

S'il s'agit d'une tumeur totalement dégénérée, le diagnostic porté sera celui d'un cancer, seul l'examen anatomo-pathologique révélera alors qu'il s'agissait d'une tumeur villeuse ayant subi la dégénérescence.

— *En conclusion*, si le diagnostic de tumeur villeuse ne pose pas de difficultés majeures, il est par contre souvent très difficile d'établir avant l'intervention un diagnostic de certitude quant à la nature bénigne, les insuffisances de la biopsie laissant toujours planer un doute sur l'éventualité de foyers de dégénérescence qui ne seront reconnus qu'après l'exérèse.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Il n'est pas dans notre intention d'entreprendre l'étude de toutes les méthodes thérapeutiques. LOMBARD-PLATET leur a récemment, dans sa thèse, consacré une large place.

Il nous faut cependant rappeler :

- que le traitement médical des tumeurs villeuses n'existe pratiquement pas ;
- que les méthodes de traitement radical comportent :

I. — Des méthodes électro-chirurgicales dont :

- la résection à l'anse diathermique,
- l'électrocoagulation.

Elles s'adressent à des tumeurs petites, bas situées, permettant difficilement l'exérèse d'une collerette muqueuse en même temps que la tumeur, comportent des risques de nécrose et exposent aux récidives à partir d'éléments restés inclus au niveau de la cicatrice.

Toutes ces raisons font que même sous couvert d'une surveillance post-opératoire régulière, elles sont sinon proscrites, du moins peu utilisées.

II. — Les méthodes physiothérapiques

Seule la radiothérapie de contact est utilisée actuellement. M^{me} PARTURIER-ALBOT en a précisé en France la technique et les indications dès 1949. Notons que *les tumeurs villeuses sont relativement peu radio-sensibles.*

Cependant de nombreux auteurs, dont DUBARRY et GROS, PAPILLON à Lyon, ont à la suite de M^{me} PARTURIER-ALBOT publié des résultats satisfaisants de cette méthode.

Les indications restent très précises, cette méthode ne pouvant être utilisée que pour des tumeurs de petite taille, siégeant à moins de 15 cm de l'anús. Ces deux conditions justifient habituellement une simple exérèse par voie basse, et D'ALLAINES admet cette méthode lorsqu'il s'agit d'un sujet âgé, en mauvais état général ou taré.

III. — Les méthodes chirurgicales

Parmi elles on doit considérer :

A. — Les interventions localisées.

— Sur le rectum, qui s'adressent aux tumeurs villeuses bénignes ou microscopiquement dégénérées, de taille petite ou moyenne.

— Sur le sigmoïde, quels que soient leur nature et leur volume.

I. — *Sur le rectum.*

a) *L'exérèse par voie basse*, dont sont justiciables les tumeurs villeuses bénignes ou microscopiquement dégénérées de la partie basse de l'ampoule rectale.

Cette exérèse ne doit être réalisée que dans des conditions bien définies.

— de siège : la tumeur doit siéger à moins de 10 cm de l'anús ;

— de taille : seules les tumeurs pédiculées ou sessiles, mais dont la base d'implantation n'excède pas 3 ou 4 cm de diamètre peuvent être enlevées selon cette méthode.

— Il doit s'agir d'une tumeur unique.

— Enfin, l'âge du sujet, son état général, ainsi que l'existence d'une tare associée, interviennent dans le choix de cette méthode.

Après préparation colique soignée, anesthésie générale ou locale seulement parfois dilatation anale et infiltration du sphincter, l'exérèse de la tumeur associée à l'excision d'une collerette de muqueuse saine de quelques millimètres, est réalisée dans des conditions de simplicité et de bénignité, qui la font souvent préférer à toute autre. Si pour certains, CAIN, LAMBLING, LECENE, cette méthode constitue un traitement suffisant dans la majorité des cas, pour d'autres, elle souffre un reproche important, celui d'exposer aux récides dans un nombre de cas non négligeable. Pour certains même ces récides surviendraient dans 40 % des cas. BENSAUDE note que sur 11 malades traités ainsi, 3 seulement après 15 ans peuvent être considérés comme guéris, et souligne la dégénérescence rapide et quasi-constante des récides.

b) *La rectotomie par voie abdominale* : applicable aux tumeurs villeuses bénignes ou microscopiquement dégénérées de la partie haute de l'ampoule rectale. Elle ne permet toutefois que l'exérèse de tumeurs pédiculées ou sessiles de petite taille. C'est une méthode relativement facile, d'une inocuité certaine, mais qui souffre les mêmes reproches, quant à la possibilité et à la fréquence des récides, que la méthode précédente. Aussi semble-t-il préférable, pour ces tumeurs d'une localisation rectale haute ou juxta-sigmoïdienne, de réaliser une :

c) *Recto-sigmoïdectomie*. Intervention plus satisfaisante, qui, réalisant une exérèse plus étendue, écarte les risques de récide, mais dont la difficulté réside dans les conditions d'anastomose parfois délicates, tant du fait que l'abaissement du sigmoïde est parfois laborieux, que de la région anatomique qui oblige le chirurgien à intervenir au fond d'un véritable puits.

Pour pallier, dans une certaine mesure, ces difficultés technique LOMBARD-PLATET reprenant dans sa thèse les suggestions du Professeur BERTRAND, préconise l'emploi de la technique de SWENSON-BILL-HIAT, primitivement conçue pour le traitement de la maladie de HIRCHSPRUNG. Nous n'avons pas la pratique de cette méthode qui présente pour ses auteurs des garanties d'innocuité et d'absen-

ce pratique de séquelles, la leur faisant préconiser pour des tumeurs de petit volume.

La grande étendue de la tumeur, son volume important, sont en effet des contre-indications, la résection devenant alors trop vaste et l'invagination quasi-impossible.

II. — *Sur le sigmoïde.*

a) *Une sigmoïdotomie*, pour des tumeurs pédiculées dont l'examen radiologique fait soupçonner la nature bénigne peut être réalisée, mais

b) *La colectomie segmentaire*, avec anastomose immédiate, est de beaucoup préférable.

Par l'exérèse plus large qu'elle permet de réaliser, elle diminue ainsi le risque de récidives.

Les tumeurs bénignes et malignes du sigmoïde et de la charnière recto-sigmoïdienne sont justiciables d'une telle intervention.

Il s'agit d'une chirurgie bien réglée que les progrès de la réanimation permettent d'envisager même chez des sujets âgés ou d'un état général déficient.

La résection pourra être limitée, la section en muqueuse saine à quelques centimètres en amont et en aval de la tumeur, offrant des garanties suffisantes pour ne pas craindre une récidive.

Un contrôle coloscopique per-opératoire dont SENÈQUE et CHATELIN préconisent l'emploi systématique, apporte la certitude qu'il n'existe pas une autre tumeur de voisinage.

B. — *Les exérèses étendues.*

Elles sont applicables aux tumeurs villeuses dégénérées.

Parmi elles, citons :

— *les amputations* : périnéales, abdomino-périnéales du rectum,

- *les résections rectales par voie sacrée pure,*
- *les résections abdomino-sacrées,*
- l'amputation abdomino-trans-anale, type VILLARD-BABOCK actuellement peu utilisée.

Les tumeurs villeuses bénignes de taille volumineuse sont également justiciables de cette thérapeutique.

C. — Traitement des récidives.

Les récidives évoluant presque toujours et de façon souvent rapide vers la dégénérescence maligne, ainsi que nous l'avons souligné dans un précédent paragraphe, doivent être en fait assimilées à un cancer, latent certes la plupart du temps, et traitées comme tel.

Les exérèses larges, recto-sigmoïdectomie, amputation du rectum, doivent être pratiquées. Deux contre-indications cependant s'opposent à la réalisation d'un geste chirurgical radical :

- le grand âge du sujet,
- l'existence d'une tare associée.

Dans ces cas, les exérèses limitées de la tumeur et la radiothérapie de contact, malgré la faible sensibilité des tumeurs villeuses, dans le but de donner à des malades déjà fort âgés, ou affaiblis par une autre maladie, une survie satisfaisante et confortable, pourront être utilisées.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Obs.	Age	Début Clinique	Signes de début	Etat général	Siège
M. C... I	64	1 an	Glaires sanglantes	Bon	5 cm
M ^{lle} D... II	67	1 an	Glaires sanglantes ++	Bon	10 cm
M ^{me} E... III	65	6 mois	Rector- ragies ++	Anémie	10 cm
M ^{me} O... IV	59	1 an	Rector- ragies	Bon	5 cm
M. B... V	61	4 ans	Glaires séreuses	Asystolie	10 cm
M ^{me} F... VI	70	1 an	Rector- ragies	Moyen	10 cm
M ^{me} G... VII	80	1 an	Glaires ++	Moyen	10 cm
M. P... VIII	52	18 mois	Glaires sanglantes	Bon	Rectosig
M. G... IX	56	6 mois	Rector- ragies	Bon	Rectosig
M ^{me} O... X	47	1 an	Glaires sanglantes	Bon	12 cm
M ^{me} C... XI	58	5 ans	Rector- ragies	Bon	12 cm
M. M... XII	51	2 ans	Glaires sanglantes	Bon	23 cm
M. B... XIII	42	1 an	Rector- ragies	Amaigris- sement 10 kg	28 cm

Volume Tumeur	Biopsie	Interven- tion pratiq.	Ana. Path.	Recul opérat.	Résultats
Sessile	TV dégénérée	Refus du malade 27-1-61			
Sessile	TV bénigne	Exérèse voies natur. 24-10-57	TV dégénérée	5 ans	Excellents
Pédiculée	TV bénigne	Exérèse voies natur. 17-5-56	TV bénigne	Récidive en 1957 TV sigmoïdienne Décès août 1957	
Sessile +	TV dégénérée	Amputat. rectum 12-12-57	TV dégénérée	4 ans 1/2	Excellents
Pédiculée ol. orange	TV bénigne	Exérèse voies natur. 9-7-58	Zone de dégénér.	4 ans	Récidive en mars 62 TV bénig.
Pédiculée	TV bénigne	Exérèse voies natur. 10-11-58	TV bénigne	1 an	Décès
Sessile	TV suspecte	Non opérée			
Sessile	TV dégénérée	Amputat. rectum 23-6-54	TV dégénérée	Décès post-opératoire	
Pédiculée	TV bénigne	Rectotomie 30-6-54	TV dégénérée	6 ans	Bons Décès 1960 Kc. prost.
Sessile	TV dégénérée	Amputat. rectum 26-1-57	TV dégénérée	5 ans	Excellents
Sessile	TV bénigne	Biopsie large sous A.G. T. enva- hissante	TV dégénérée	Refus d'ampu- tation du rectum Décès 1 an après (1957)	
Pédiculée Petite	TV bénigne	Sigmoï- dotomie 28-6-61	TV bénigne	1 an	Excellents
Sessile ++	TV bénigne	Colectomie segment. 16-6-58	TV bénigne	4 ans	Excellents

CHAPITRE IX

INDICATIONS - ANALYSE DES OBSERVATIONS

Telles sont, brièvement résumées, les différentes méthodes thérapeutiques offertes au chirurgien et leurs indications théoriques.

Mais ce schéma, quoique logique, basé sur le fait que les tumeurs villeuses n'ont pas le même type ni la rapidité d'évolution des tumeurs malignes, ne tient pas compte de la grande fréquence des récidives après exérèse localisée par voie basse.

L'analyse de nos observations, nous permettra de mettre en exergue les raisons qui nous ont amenés à choisir parmi les différentes méthodes de traitement, et d'essayer d'en faire ressortir une attitude pratique et logique.

Onze malades présentaient une tumeur villeuse du rectum. Huit ont été opérés. Les interventions proposées ont été :

A. — Des exérèses limitées :

1) *Par voie basse pour 4 d'entre eux.*

- le siège : de 8 à 12 cm du sphincter,
- le volume : petit, sauf une fois (obs. n° V) où il atteignait celui d'une orange,
- la nature : pédiculée pour 3 d'entre eux, faiblement sessile pour l'un,
- la biopsie : « tumeur villeuse sans caractère de malignité », à chaque fois,

plaidaient en faveur d'une exérèse limitée, par les voies naturelles, bien que l'âge (de 61 à 70 ans) et l'état général relativement bon de ces malades (un seul, obs. n° V, présentait des troubles cardiaques) autorisa de pratiquer une plus large intervention.

Deux fois seulement le diagnostic de bénignité fut confirmé par l'examen histologique de la pièce opératoire.

— Nous n'avons pu enregistrer qu'un seul bon résultat après un recul de 5 ans, bien que l'examen anatomo-pathologique de la tumeur ait révélé l'existence de zones de dégénérescence maligne ; jusqu'à ce jour, des contrôles rectoscopiques réguliers, n'ont pas révélé l'existence d'une récidive.

— 2 récidives, dont une vraie, 4 ans après ont été observées.

— Le quatrième sujet est mort un an après d'un néoplasme du côlon sigmoïde,

2° *Rectotomie* pour un malade étant donné :

— le siège recto-sigmoïdien,

— le volume petit,

— la nature bien pédiculée,

— le caractère bénin révélé par la biopsie.

Ici aussi, l'âge du sujet (56 ans), son bon état général, autorisaient une résection plus étendue.

Nous avons pu suivre ce malade pendant 6 ans, avant qu'il ne décède d'un cancer de la prostate. Pendant ces 6 années, aucune récidive n'a pu être observée et les résultats considérés comme bons, bien que l'examen histologique révéla l'existence de zones de dégénérescence.

B. — Des interventions larges :

Trois fois devant les signes de malignité révélés par la biopsie et confirmés par l'examen de la pièce opératoire, l'indication d'amputation abdomino-périnéale du rectum a été posée. Si l'on excepte un décès post-opératoire

immédiat, les deux autres malades après 4 ans et 5 ans d'évolution favorable n'ont aucun signe de récurrence.

En somme, nous voyons que plus que tout autre, c'est le caractère bénin 5 fois révélé par la biopsie et 2 fois seulement confirmé par l'examen de la pièce qui fut déterminant dans le choix d'une exérèse limitée, de même que la réponse de la biopsie affirmant la malignité fut déterminante dans l'indication d'amputation du rectum.

A la lumière de nos observations, il apparaît que la biopsie lorsqu'elle est en faveur de la bénignité, est un faux critère, et que, seuls peuvent être retenus, pour poser l'indication d'exérèse limitée par voie basse, le grand âge du sujet ou une affection grave intercurrente. L'absence de ces deux critères chez nos malades traités selon cette méthode peut expliquer que nous n'ayons observé qu'un résultat favorable.

Enfin, la fréquence des récurrences (2 cas sur 4 dans notre statistique) est un élément majeur pour condamner les exérèses limitées par voie basse.

L'indication opératoire en fonction de ces deux critères doit être en leur absence et quelle que soit la réponse de la biopsie (celle-ci est cependant nécessaire et utile pour la confirmation du diagnostic de tumeur villositaire) celle :

— d'une recto-sigmoïdectomie,

— d'une amputation du rectum, les résultats favorables obtenus et maintenus après un recul de 5 ans en moyenne, justifiant pleinement cette attitude.

— *Les tumeurs villositaires du sigmoïde* par contre, ne posent guère de difficultés dans le choix du traitement et l'indication thérapeutique sera facilement posée.

Là encore on ne doit tenir compte de la biopsie que pour le diagnostic de tumeur villositaire, celle-ci d'ailleurs sera souvent impossible en raison de la situation haute

de la tumeur. La radiographie peut en cas de dégénérescence limitée ne donner aucun renseignement valable, si ce n'est celui de masse tumorale probablement bénigne, sans que l'on puisse préjuger de l'évolution.

A la sigmoïdectomie (nous l'avons utilisée une fois, mais le recul d'un an est encore insuffisant pour affirmer son succès) qui permet l'excision d'une petite collerette muqueuse en même temps que la tumeur, mais qui est au sigmoïde ce que sont les exérèses limitées sur le rectum et de ce fait n'écarte pas l'éventualité d'une récurrence, on doit préférer une colectomie segmentaire.

Nous avons vu que cette intervention était facilement réalisable, même chez des sujets en mauvais état général et très amaigris, comme ce fut le cas pour le malade que nous avons traité ainsi, par la résection étendue en amont et en aval de la tumeur qu'elle permet, le risque de récurrence est dès lors pratiquement exclu.

Opéré en 1958 d'une tumeur villeuse bénigne du sigmoïde par colectomie segmentaire, M. B... (obs. n° XIII) peut être, quatre ans après, considéré comme guéri. Aucune récurrence n'a été observée.

De ces deux méthodes, la seconde paraît la plus rationnelle et doit être utilisée de préférence.

Les récurrences.

Nous en avons observé deux consécutives à des exérèses limitées par les voies naturelles.

L'une, évolution maligne, d'une tumeur villeuse méconnue du sigmoïde, découverte un an après l'intervention. Véritable virole néoplasique, un anus iliaque gauche définitif a dû être réalisé, qui permit une survie de 5 mois (obs. n° III).

La seconde, quatre ans après l'exérèse par voie basse de la tumeur initiale, récurrence vraie développée sur la cicatrice de la précédente intervention (obs. n° V).

Le malade n'a pu être encore opéré. L'indication opératoire est cependant posée, mais étant donné l'asystolie présentée par ce sujet, une exérèse par voie basse sera de nouveau l'intervention proposée.

Cette indication rentre dans un cadre d'exception, et il est bien certain que les récidives dont le potentiel dégénératif est grand, relèvent logiquement d'un traitement qui doit être celui du cancer.

Avant de conclure, il nous paraît utile de souligner que l'évolution dicte le traitement.

De ses trois éléments, la lenteur d'évolution est celui qui, compte tenu de l'âge souvent avancé des malades, conduit à adopter une attitude nuancée et à hésiter à pratiquer d'emblée de larges exérèses qui sont classiquement celles de la chirurgie du cancer.

Mais si les tumeurs villeuses conservent longtemps leur caractère de bénignité, leur dégénérescence maligne est fréquente (69 % de nos observations), et le risque majeur que représente la fréquence des récidives après exérèse limitée de la tumeur, doit être l'élément déterminant dans le choix du traitement, étant donné le potentiel de dégénérescence accru de celles-ci.

Ce risque non négligeable doit toujours être présent à l'esprit et inciter le chirurgien à pratiquer un traitement radical, seul garant d'une guérison certaine.

Si de ces deux attitudes, la seconde paraît offrir de meilleures garanties, le dilemme chirurgical que pose les tumeurs villeuses est cependant certain, et nos observations ne peuvent que le confirmer.

CONCLUSIONS

Notre étude repose sur :

11 observations de tumeurs villeuses du rectum dont 9 dégénérées ou suspectes de dégénérescence,

2 observations de tumeurs villeuses du sigmoïde bénignes.

— Les tumeurs villeuses du rectum et du sigmoïde sont des tumeurs relativement rares.

— Elles présentent des caractères anatomo-pathologiques bien définis.

— Les signes cliniques sont discrets, l'élimination de fragments tumoraux a lorsqu'elle existe, une valeur diagnostique certaine.

— La biopsie pouvant porter hors des zones de dégénérescence est infidèle dans 50 % des cas environ. Et l'examen anatomo-pathologique, explorant la totalité de la pièce opératoire, apporte la certitude de la bénignité.

— Les tumeurs villeuses sont de fausses tumeurs bénignes, car malgré l'évolution lente, leur dégénérescence est fréquente (69 % de nos observations) et les récidives, après exérèse limitée, relativement rapides, avec un potentiel d'évolution malin accru.

— Les indications thérapeutiques devraient découler de ces caractères évolutifs et non de ceux révélés par la biopsie.

— Les tumeurs villeuses du rectum et du sigmoïde sont donc justiciables de larges exérèses d'emblée, offrant seules les garanties d'une guérison réelle.

— Les exérèses limitées, si l'on excepte les indications que représentent le grand âge ou une affection intercurente devraient être proscrites.

Vu et permis d'imprimer,

Lyon, le 4 Juin 1962

VU, le Doyen :
H. HERMANN

Le Président de la Thèse :
Professeur PEYCELON

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1959, consulter les travaux de :

LAMBLING (A.). — Les tumeurs villeuses du rectum. *Thèse*, Paris, 1928.

DELEPIERRE (A.). — Les tumeurs villeuses du rectum et du sigmoïde. *Thèse*, Lille, 1957.

LOMBARD-PLATET (R.). — Contribution à l'étude des tumeurs villeuses du gros intestin (à propos de 20 observations). *Thèse*, Lyon, 1959, n° 181.

ARNOUS (J.) et PARNAUD (E.). — Tumeurs bénignes du rectum et de l'anus. *E.M.C., Traité Estomac*, fasc. 9.085 A 10 (4-1960).

BERTRAND (P.), FÉROLDI (J.) et LOMBARD-PLATET (R.). — Les tumeurs villeuses du gros intestin. *Lyon Chir.*, 58, 171-193, 1962.

CARASSO (R.), ACAR (J.-F.), SULTAN et VÉSIN (P.). — Syndrome de déperdition électrolytique par tumeur villeuse du rectum. *Arch. Mal. App. Dig.*, 49, 758-769, juin 1960.

CHATELIN (C.-L.). — Tumeurs villeuses du côlon. *Entretiens de Bichat (Chirurgie et Spécialités)*, 43-46, 1959.

DE OLIVEIRA (E.), DE LIMA (J.-W.) et MARCONDES (N.-C.). — Villous tumors of the rectum and sigmoid. In *Internat. Surg. Dis.*, 69, 168-170, mars 1960.

FLEURY (M.), DHERS (A.), GALLOIS (P.). — Intérêt et limite de l'exploration radiologique d'une tumeur villeuse recto-sigmoïdienne. *Jour. Radiol. Electro.*, 42, 700-702, nov. 1961.

FRANCILLON (J.). — Les tumeurs villeuses du côlon. *Entretiens de Bichat (Chirurgie et Spécialités)*, 59-64, 1960.

FRYE (Th.-R.). — Villous adenoma of sigmoid. *Radiology*, 73, 71-75, juil. 1959.

- MAYFIELD (L.-H.) et MINOR (J.-P.). — Villous tumor of the rectum and a portion of the sigmoid flexure causing severe electrolyte imbalance. *Dis. Colon and rectum*, 2, 311-319, 1959.
- MOUCHET (A.), MARQUAND (J.), GORSE (J.), GAUSSEN (L.) et SAMSOEN (M.). — A propos de 25 cas de tumeurs villeuses du rectum et la jonction recto-sigmoïdienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 50, 1274-1286, 1960.
- RUDMAN (J.), OTTO (C.), NOVOTA (O.-J.). — Extreme electrolyte loss due to villous papilloma of the rectum. *Arch. Surg.*, 81, 140-142, 1960.
- SHNITKA (Th.-K.), FRIEDMAN (M.), KIDD (E.), Mac KENZIE (W.). — Villous tumors of the rectum and colon, characterized by severe fluid and electrolyte loss. *Surg. Gyn. Obst.*, 112, 609-621, mai 1961.
- WALTERS (G.), MONKS (P.-J.), CHITTY (K.). — Metabolic disturbance due to villous papilloma of the rectum. *Brit. Journ. Surg.*, 47, 177-178, sept. 1959.
-

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I.

Introduction	9
--------------------	---

CHAPITRE II.

Historique	11
------------------	----

CHAPITRE III.

Anatomie Pathologique	13
-----------------------------	----

CHAPITRE IV.

Etude clinique	19
----------------------	----

CHAPITRE V.

Evolution - Pronostic	29
-----------------------------	----

CHAPITRE VI.

Diagnostic	35
------------------	----

CHAPITRE VII.

Traitement	37
------------------	----

CHAPITRE VIII.

Observations	43
--------------------	----

CHAPITRE IX.

Indications - Analyse des observations	47
--	----

CONCLUSIONS	53
-------------------	----

BIBLIOGRAPHIE	55
---------------------	----

